

毒患者往往对金属铅的毒性不了解。就像本文的案例,患者甚至用牙齿咬啮铅块而不以为然。出现腹痛等症状时,不能将其与偏方应用和接触铅情况联系起来,所以往往不能主动提供病史。(2) 部分临床医生对一些药中含铅缺乏认识,出具偏方时没有告知患者含铅过量会致中毒。患者出现中毒症状就诊时,临床医生缺乏对铅中毒临床表现的认识,诊断思路局限,将铅中毒误诊为消化系统疾病,甚至诊断为外科急腹症而延误治疗。铅中毒一旦确诊,驱铅治疗是最有效的治疗方法,所以早期诊断十分重要,为提高对非职业性慢性铅中毒的早期诊断能力,首先要加强学习和掌握铅中毒防治基本理论知识,熟知铅中毒诊断及鉴别诊断要点,这是避免铅中毒误诊误治的理论基础。门诊医生在患者有头晕、夜眠差、记忆力减退伴有食欲不振、恶心、腹隐痛、腹泻或便秘等症状或无诱因突发腹绞痛症状时,应该有意识地详细询问病史,分析其临床症状和体征是否符合铅中毒发病的临床特点^[1]。

如疑诊应及时检测血铅、尿铅。其次,应该加强对临床症状和影像学表现的关注。铅中毒腹绞痛的特点是发作前有腹胀或便秘,疼痛呈持续性阵发性加重,持续时间较长,部位多在脐周围或不固定,外科急腹症往往腹部拒按,压痛点固定,伴有肌紧张和反跳痛。本组案例均行腹部普通 X 线检查,包括透视或腹部平片,大部分行腹部 CT 检查。有肠梗阻症状的患者,CT 或腹部平片 X 线征象表现为不同程度肠管弥漫性扩张,部分伴有不典型的液气平,与典型肠梗阻影像有所不同。部分患者行腹部 X 线透视动态观察显示肠管蠕动缓慢,但腹部 CT 和腹部平片可表现正常或仅表现为部分肠管积气。腹部 X 线检查虽然缺乏特异性,但结合患者的临床症状,此类改变还是应该引起医生足够的重视。

参考文献:

- [1] 杨形翰,王志刚,孔佩艳. 药源性急腹症型铅中毒的诊断体会[J]. 第三军医大学学报,2007,29(1): 42.

血液透析联合血液灌流治疗急性重度砷化氢中毒临床分析

Clinical analysis on therapy of acute severe hydrogen arsenide poisoning using hemodialysis combined with hemoperfusion

樊华,孙德兴,李法鹏,王银鼎

FAN Hua, SUN De-xing, LI Fa-peng, WANG Yin-ding

(白银市第一人民医院血透室,甘肃 白银 730900)

摘要: 分析近几年来我院救治急性砷化氢中毒继发多脏器损害的 11 例行血液透析联合血液灌流治疗患者的临床资料,11 例患者 3 例死亡、8 例痊愈出院。提示适时选择血液透析联合血液灌流治疗是挽救患者生命的重要措施。

关键词: 血液透析; 血液灌流; 砷化氢; 中毒

中图分类号: R135.14 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2012)04-0265-02

2003 年至 2010 年,我院共收治 4 起急性砷化氢中毒患者 17 例;其中轻度 6 例、重度 11 例,本文就 11 例重度中毒继发多脏器损害血液透析联合血液灌流治疗资料报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

11 例患者均为生产工人,作业流程:硬锌矿石+稀硫酸经过搅拌生成硫酸锌液体。因矿石中含砷,在搅拌的过程中产生砷化氢,加料时,由人工直接揭开反应釜,投入含锌矿渣,加料完毕封闭反应釜,但由于釜内排风管已坏,加料口密闭不严,整间厂房内未设机械通风装置,室内通风不良,作业人员无有效防护经常发生急性中毒。作业车间空气中砷化氢含量在生产时未测定,在停产后 24 h 测得 0.46 mg/m³。11 例重度急性砷化氢中毒患者均经我院职业病诊断组集体诊

断,其中男性 10 例、女性 1 例,年龄 21~42 岁,既往身体健康,无用药史、接触砷化氢时间 15 min~4 h,均在发生明显症状后 4 h 内来我院就诊。11 例患者均有不同程度的乏力、头晕、恶心或呕吐、畏寒、发热、腰痛、巩膜及皮肤黄染,4 例患者为典型古铜色面容,8 例患者为深酱油色尿且少尿,2 例患者无尿,1 例尿闭。

1.2 治疗方法

11 例重度中毒患者入院后立即给予糖皮质激素、保肝、营养心肌、合理输液、利尿剂、碱化尿液等治疗,呼吸衰竭患者给予气管插管、呼吸机辅助通气、中心静脉置管,中毒后约 4 h 全部给予血液透析(血液透析机为金宝 AK-95S,透析器为全空心纤维透析器 POLYFLUX 14L)联合血液灌流(灌流器为一次性使用树脂吸附柱 ZX-260 或一次性使用炭肾 YTS-160)治疗。血液灌流器在前,透析器在后串联。肝素钠抗凝,首剂 0.8~1 mg/kg,追加量为 15 mg/h 维持,缓慢调节血流量至 200~250 ml/min,持续治疗 2~2.5 h 后结束,之后采用空气回血法回血。病情改善、尿量增加(≥ 2000 ml/d),改用血液透析治疗至尿色清亮,尿常规检验基本正常,并检测治疗期间心电图、心脏彩超、肝肾 B 超、血糖、肝功及心肌酶学指标。

2 结果

11 例患者入院时心电图全部正常,约 1 周均出现不同程度 T 波改变、ST-T 改变和不完全右束支传导阻滞,除 3 例死亡患者外,其余患者均出现瓣膜损害,出院时基本恢复正

收稿日期:2011-11-28;修回日期:2012-04-19

作者简介:樊华(1967—),男,副主任医师,主要从事肾脏病临床和血液透析工作。

常; B 超检查 11 例患者入院时即有肝脏、肾脏不同程度的损害, 1 周左右明显加重, 主要表现为双肾弥漫性病变, 肝脏侧径增大, 胆泥淤积, 部分出现双侧胸腔积液及腹腔积液; 患者入院当天平均血糖稍高, 第 2 天达到高峰 (15.3 mol/L), 随后缓慢下降, 住院第 8 天后在正常参考值上下波动, 出院时全部恢复正常 (除死亡外); 11 例患者肝脏及心肌酶学指标于发病当天均明显增高, 乳酸脱氢酶 (LDH)、肌酸激酶 (CK)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB)、丙氨酸转氨酶 (ALT) 分别于发病第 8、4、5 天达到峰值, 峰值分别较正常参考值上限平均高 5.29、2.71、1.86、3.23 倍, 并于第 16、13、6、9 天降至正常范围。11 例患者 8 例治愈出院, 其中 1 例治疗 1 次 5 例治疗 2 次, 2 例治疗 3 次后尿量增加 $\geq 2\ 000\text{ ml/d}$, 于治疗 5~7 d 后尿色清亮。3 例抢救无效死亡, 其中 1 例死于脑出血、2 例死于肺出血, 入院存活时间分别为 15 d、16 d、21 d。

3 讨论

急性重度砷化氢中毒主要表现为急性溶血后急进性肾功能损害, 即使积极有效治疗, 在发病后 3~5 d 病情也会加重, 严重者出现多脏器功能衰竭甚至死亡。常规治疗为应用糖皮

质激素、补充还原型谷胱甘肽、合理输液, 应用利尿剂以维持尿量、碱化尿液, 早期换血和血液透析, 此疗法可明显降低严重中毒死亡率。血液透析串联血液灌流是治疗急性砷化氢中毒的有效方法。血液灌流是将患者血液引入含有吸附剂 (活性炭或树脂) 的灌流器内, 借助体外循环使血液与具有丰富表面积 of 吸附材料接触, 将溶解在血液中的外源性药物或毒素吸附于吸附剂上, 故对水溶性、脂溶性及蛋白质结合的中大分子物质均有良好的清除作用, 但灌流器易出现饱和 (灌流结束空气回血的目的是防止吸附剂上的毒素重新入血), 且对小分子物质清除以及对水、电解质、酸碱失衡的纠正不如血液透析, 血液透析能对体外循环的血液有加温作用, 有助于低血压患者在治疗中血压的稳定, 故血液透析和血液灌流联合应用, 可取长补短, 协调作用, 通过吸附和弥散作用清除血液中的毒物, 稳定内环境, 保护重要脏器。通过对 11 例患者血液透析联合血液灌流治疗的观察, 疗效确切, 比单纯运用常规治疗能显著改善患者病情, 减少 MODS 的发生率, 缩短住院时间, 降低死亡率, 故适时选择血液透析联合血液灌流治疗是挽救患者生命的重要措施。

静电场治疗中毒性神经衰弱综合征的疗效分析

Curative effect analysis of electrostatic field on toxic neurasthenic syndrome

王雪玲¹, 贾芸玲¹, 袁霞²

WANG Xue-ling¹, JIA Yun-ling¹, YUAN Xia²

(1. 淄博市职业病防治院, 山东 淄博 255067; 2. 淄博市第七人民医院, 山东 淄博 255000)

摘要: 采用静电场治疗仪治疗 76 例职业性慢性中毒致神经衰弱综合征患者。患者于静电场治疗前后觉醒次数差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 总睡眠时间延长, 临床症状评分差异亦具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明静电场治疗对改善中毒性神经衰弱综合征患者睡眠障碍、头痛、头晕、虚弱感、情感障碍、躯体疼痛感等临床症状疗效显著, 为临床良好的辅助治疗措施。

关键词: 静电场; 中毒; 神经衰弱综合征

中图分类号: R454.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2012)04-0266-02

慢性中毒性神经衰弱综合征患者多伴有长期睡眠障碍、头痛、头晕、虚弱感、躯体疼痛感等症状, 长期的疾病折磨给患者的身心带来极大的痛苦, 严重地影响了患者的生活及生命质量。我院理疗科 2004 年 6 月—2010 年 6 月间共收治临床确诊的慢性职业中毒性神经衰弱综合征患者 76 例, 随机分组, 在常规临床治疗的基础上采用静电场辅助治疗, 对改善中毒后神经衰弱综合征的临床表现有一定的疗效, 现总结

如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

76 例患者均符合职业性中毒后神经衰弱综合征临床诊断标准^[1]。随机分为对照组和治疗组, 治疗组 40 例, 男 26 例、女 14 例, 年龄 28~62 岁, 平均年龄 (45±6) 岁, 病程 1~2 年, 平均病程 (1.5±0.26) 年; 对照组 36 例, 男 24 例、女 12 例, 年龄 25~60 岁, 平均年龄 (46±4) 岁, 病程 0.5~2.5 年, 平均病程 (2±0.22) 年, 两组患者年龄、性别、病程、症状等差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组采用常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上辅助静电场治疗。方法: 采用 JM-II 型静电场治疗仪, 将 150 cm×70 cm 的卧式能量效应器放于木制理疗床上, 患者取平卧位, 全身置于静电场内, 调整输出电压分别为 150 V、2 500 V、5 000 V, 患者身上可有皮肤蚁爬感、麻、轻微刺痛等感觉。开始治疗第 1~3 天时间为 10 min, 以后改为每天 20~30 min, 每日 1 次, 15 次为一个疗程, 疗程间歇 5 d。5 个疗程后做疗效评定。

1.3 观察指标及评定标准

治疗前后睡眠时间, 觉醒次数, 汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 分值, 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 分值, 临床症

收稿日期: 2012-02-21; 修回日期: 2012-04-16
作者简介: 王雪玲 (1971—), 女, 主管护师, 主要从事职业病理疗工作。